



EL PROBLEMA DEL DIAGNÓSTICO, DE LA PSIQUIATRÍA AL PSICOANÁLISIS

PABLO MUÑOZ

RESUMEN

El artículo consiste en evaluar las consecuencias negativas que tiene sobre la experiencia del psicoanálisis la concepción del diagnóstico al modo de la psiquiatría. Se consideran como los principales problemas la entificación del sujeto, la ontologización de las neurosis y las psicosis, la disyunción fenómeno-estructura y el olvido del registro de la transferencia. A la vez, se propone un cuestionamiento del sintagma "estructuras clínicas", no sólo porque es inexistente en la pluma de Jacques Lacan -a quien erróneamente se le atribuye- sino sobre todo porque muestra ejemplarmente los problemas mencionados, al menos por el modo en que se lo emplea con gran frecuencia por parte de muchos de sus comentadores.

Palabras clave: diagnóstico – psicoanálisis – psiquiatría – estructuras

THE PROBLEM OF DIAGNOSIS, PSYCHIATRY AND PSYCHOANALYSIS

SUMMARY

This article is to assess the negative impact it has on the experience of psychoanalysis the conception of the mode of diagnosis in psychiatry. They are considered the main problems the reification the subject, ontologization of neuroses and psychoses, disjunction phenomenon-structure and forgetting to register the transfer. At the same time, we propose a challenge to the phrase "clinical structures", not only because it is non-existent in the writings of Jacques Lacan, but mainly because it shows exemplarily the above problems, at least for the way that it is used very frequently by many commentators.

Keywords: diagnosis - psychoanalysis - psychiatry - structures



“...la estructura aparece en lo que se puede llamar,
en sentido propio, el fenómeno”
Jacques Lacan. *El Seminario. Libro 3: “Las psicosis”*

El interés por trazar las fronteras de la locura no es nuevo. No obstante, sólo con el nacimiento de la psiquiatría se convirtió en una exigencia científica. Siguiendo los desarrollos de M. Foucault, quien en su *Historia de la locura en la época clásica* (1975) ha delineado el recorrido de las transformaciones que la figura del loco tomará a lo largo de los tiempos, se observa cómo llega a ser considerado insano y a convertirse a partir de ese momento en objeto de investigación dentro del campo de la medicina.

En el siglo XIX, con la consolidación del paradigma de las enfermedades mentales, la nosografía psiquiátrica encontró un *impasse* en el camino de alcanzar una delimitación clara entre las diversas enfermedades mentales, y entre ellas y la “normalidad”. Las discusiones entre la escuela francesa y alemana -y sus interrelaciones-, en especial desde Emil Kraepelin en adelante, le fueron dando a ese panorama arborescente y confuso una forma más compacta y ordenada. Sin embargo, ha sido una constante, aún en las elaboraciones nosográficas más sistemáticas, encontrarse con el siguiente problema irresuelto: el de las formas atenuadas, rudimentarias y parciales de las psicosis. Para tomar un ejemplo bien representativo, puede observarse que en el *Tratado* de Emil Kraepelin estas formas no encontraban un lugar pues no se adecuaban a sus presupuestos nosológicos -etiológicos, sintomáticos, evolutivos y en lo atinente a las formas de terminación-. El problema mencionado llevó a los psiquiatras a grandes debates respecto de si debían considerarlas enfermedades mentales.

Dificultades homólogas enfrentaron los psicoanalistas posfreudianos: formas impuras,



mezclas o combinaciones que creyeron resolver con la delimitación de categorías nuevas pero propias, independientes del saber psiquiátrico, como *borderline* y *états limits*, conocidos entre nosotros como *borders* o *fronterizos* u otras nomenclaturas equivalentes.

En algunos grupos de psicoanalistas lacanianos está muy difundida la afirmación que le atribuye a Lacan el haber logrado delimitar la tripartición estructural neurosis-psicosis-perversión, gracias a la cual estaríamos *a salvo* de los efectos indeseados de aquellas malas soluciones: perderse en *continuum* clínicos que permiten afirmar la psicotización de pacientes neuróticos y visceversa, con concomitantes serios desvíos en la dirección de la cura psicoanalítica. Seguramente ello se sostiene de una afirmación de Lacan: que él ha logrado *reconocer* esas tres estructuras que ya estaban -operando veladamente- en Freud. Se da por descontado que esto es así, no se lo pone en cuestión. Pero preguntémosnos -al menos, si nos resulta herético cuestionarlo- si en Freud es factible reconocerlas tan claramente.

Es de buenos lectores poder identificar qué ha dicho Lacan y qué no -aunque se lo fuerce a decirlo-, por un lado, y por qué ha dicho aquello que sí podemos constatar que ha dicho -el contexto discursivo de sus afirmaciones-, por otro. En este sentido, es imprescindible tener presente que lo que Lacan ha teorizado siempre, pero siempre, ha sido en función de la interlocución que ha mantenido con los psicoanalistas de su época. Y cuando comienza a teorizar los psicoanalistas de su época habían elaborado aquellas categorías mencionadas, entre otras, que establecían pasajes de un lado al otro de neurosis y psicosis sin solución de continuidad. Es frente a esto que Lacan interviene afirmando que para Freud neurosis y psicosis no intersectan. Este es el contexto discursivo de una



afirmación que no es otra cosa que palabra de autoridad: Lacan *dixit*.

Y esto es aplicable a otras afirmaciones y referencias. Por ejemplo, cuando apela a la psiquiatría clásica retomando a sus mejores exponentes -De Clérambault, Kraepelin, etc.-, no lo hace con la intención de recuperarlos para el psicoanálisis sino para argumentar en el interior de aquella misma interlocución. Puede observarse que cuando reconoce a De Clérambault como su gran maestro lo hace para discutir con Jaspers -en especial para desestimar la utilidad del método comprensivo en el psicoanálisis de la época-. Es decir que es en el interior de esa discusión con su época que Lacan revaloriza a algunos de esos psiquiatras y no por un interés especial en ellos (lo cual no quiere decir que desvalorice la experiencia clínica que encuentra en muchos de estos autores). En efecto, el modo en que retoma a Kraepelin en su segunda lección de *El Seminario 3* es más que elocuente: cita su definición canónica de paranoia, la de la 6ª edición de su *Tratado*, y la destruye rebatiendo cada uno de los puntos que la componen, llegando a afirmar que “contradice punto por punto todos los datos de la clínica. -Y remata- Nada en ella es cierto”. ¿Por qué querría entonces convertirlo en un autor de referencia para los psicoanalistas?

Así, las tres grandes “estructuras clínicas” abarcarían *toda* la clínica freudiana y habrían resuelto los *impasses* psiquiátricos y posfreudianos, dotándonos de un sistema clasificatorio superador, en tanto las estructuras no intersectan entre sí. Esta tesis conlleva -sin explicitarlo- la suposición de una temporalidad de las “estructuras clínicas” condicionada justamente por aquello que estas vendrían a remediar: el problema de las continuidades clínicas. En consecuencia las estructuras “son lo que son” y lo serán por siempre. ¡La psiquiatría ha sido superada! Ya no habrán formas parciales que no encajen



en los cuadros bien delimitados. Todo fenómeno clínico podrá ser encuadrado. Los cuadros han devenido “estructuras” consistentes que además pueden enriquecerse absorbiendo las “nuevas formas” que los síntomas van asumiendo con el correr de los tiempos. El psicoanálisis lidera el progreso, ha dejado atrás la nosología psiquiátrica inconsistente y las confusiones posfreudianas. El ideal psiquiátrico de la clasificación absoluta es un hecho.

Si no fuésemos psicoanalistas podríamos compartir semejante éxtasis. El asunto es que siéndolo no debemos desconocer la imposibilidad de una formalización universal totalizante sin resto. Aquellos que han “progresado” desconociendo este real en juego, están más cerca de la psiquiatría que pretendieron superar que de lo que Lacan concibe como psicoanalista. Esta hipótesis, nada reverente hacia la letra vindicativa de cierta ortodoxia lacaniana, cuestiona explícitamente el siguiente hecho: hoy día, “estructuras clínicas” parece funcionar para tal psicoanálisis lacaniano del mismo modo que “cuadros nosográficos” para la psiquiatría. Podemos afirmar entonces que se trata de lo que se ha dado en llamar un efecto de *psiquiatrización* (Kreszes, 1994) del psicoanálisis, en la medida en que se los dota de existencia y consistencia.

La primera consecuencia de este modo de leer es la exaltación frenética del diagnóstico diferencial. Es así que dicha ortodoxia lacaniana otorga gran importancia al diagnóstico como operación clínica fundamental para la iniciación y el transcurso de un tratamiento psicoanalítico, postulándolo como una de las funciones decisivas del psicoanalista y, en especial, el diagnóstico inicial, en la medida en que este constituye la variable determinante para decidir el tipo de dispositivo y el modo de trabajo que utilizará en el tratamiento.



Si la *psiquiatrización* del psicoanálisis nos parece una reducción, igualmente lo es lo que podríamos llamar su *antipsiquiatrización*, vale decir optar por el polo opuesto: “desde el momento que usted hace un diagnóstico, la etiqueta es inmediata; cuando usted dice esquizofrenia, en realidad quiere decir una cosa que no es la esquizofrenia sino lo que el médico entiende por ella; y lo que este entiende es un juicio de valor: bueno o malo” (Basaglia, 2006, p.29).

Discutir si son más o mejores lacanianos los que lo consideran fundamental o aquellos que lo valoran como una cuestión marginal o secundaria, o incluso contraindicado para su normal desarrollo, es una vertiente de abordaje del problema que nos aburre. Más interesante resulta aprehender en qué concepción de la experiencia psicoanalítica se sostiene, a partir de lo cual la discusión de si “¡diagnóstico sí!” o “¡diagnóstico no!” pasa a segundo plano. En este sentido, autores influyentes en el psicoanálisis mundial, como Guy Le Gaufey, llegan a cuestionar la concepción de una clínica “psicoanalítica” que deviene necesariamente, si no *psiquiatrizada*, seguro *psicologizada* o *psicopatologizada*: “Si se sostiene en efecto que la afirmación de una existencia va en contra del concepto bajo el cual se la sitúa, -nos dice el psicoanalista francés- adiós a las viñetas clínicas y otros pequeños relatos a los que tan afecto es actualmente el mundo 'psi', donde unos 'casos' llegan a ubicarse ejemplarmente bajo los auspicios de una teoría más obsesionada por su propia transmisión que por su relación incierta y enfrentada con la práctica [...] tales viñetas sólo atestiguan en escasa medida sobre la supuesta práctica en tanto que pretenden ante todo 'ilustrar' un punto de saber teórico que se considera demasiado abstracto. [...] ese 'estilo viñeta' participa despreocupadamente de una relación con la universalidad del concepto que transforma el saber analítico en una



psicología tanto más inoportuna en la medida en que tiene el campo demasiado libre” (Le Gaufey, 2007, pp.10-11). Pues es evidente que la enseñanza de Lacan subvierte ese funcionamiento ingenuo de la universalidad donde los casos se ordenan bajo los conceptos. “Es lo que se les escapa a todos los psicopatólogos, aun cuando puedan pensar que están poniendo en práctica conceptos lacanianos” (Le Gaufey, 2007, p.11).

¿Nosologías analíticas?

La pretensión de delimitar *nosologías* en la obra de Freud -subrayo el plural- es una muestra de hasta donde puede llegar este método de lectura. En mi opinión, nada hay más lejano a ese objetivo en su pluma. Más bien interpreto que cada vez que interviene sobre la nomenclatura -ya sea para refutarla, corregirla, revitalizarla o defenderla- no lo hace con el interés de aportar a su consolidación sino que le resulta imposible eludir los términos y categorías clínicas que el saber de la época ha construido, pues él también ha teorizado en función de la interlocución que ha mantenido con el saber de su época.

Prueba de su desinterés por construir sistemas nosológicos es lo que él mismo hace, en *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia...*, con su propuesta de sustitución de los nombres de demencia precoz de Kraepelin y esquizofrenia de Bleuler por parafrenia. Allí mismo prosigue utilizándolos como si no se hubiera referido a su inadecuación. En acto Freud le resta consistencia al valor de esa discusión. Incluso el diagnóstico que propone para el Presidente Schreber de *dementia paranoides* debe leerse en el mismo sentido pues está determinado no por las precisiones que hace Kraepelin en su *Tratado* sino en relación con la transferencia. En efecto, sus reflexiones *nosológicas* culminan con la siguiente afirmación: “En general, no es muy importante cómo se nombre a los cuadros clínicos” (Freud, 1911, p.70). Lo cual demuestra que Freud no desconoce la



nosología, que hace uso de ella pues le importan ciertas distinciones, pero que su uso no reviste pretensión universalizante, ni le adjudica importancia alguna en lo atinente a la dirección de la cura -lo que es más sustantivo aún-.

Es sabido que Freud no utiliza el término estructura y que cuando se trata de establecer oposiciones, diferencias, es decir cuando se ve llevado a referirse a las variedades clínicas, utiliza la expresión *tipos clínicos*. *Las Neuropsicosis de defensa* y *Nuevas puntualizaciones...* son los textos que suelen incluirse en lo que se ha dado en llamar la “primera nosología freudiana”, de los que se enfatiza que inauguran las líneas fundamentales de distinción en una nosología que va a persistir a lo largo de toda su obra. Allí donde efectúa la relación y diferenciación entre histeria y obsesión habla de *tipos* con una pluralidad de formas, es decir que, a su vez, cada uno de estos tipos admite una variedad no solo en la forma de su manifestación sino en la composición misma. Es verdad entonces que le parece sustantivo conservar una clara diferenciación entre los *tipos clínicos* pero nunca con el afán psiquiátrico clasificatorio de sostener cuadros sólidos y estables, nunca tomando el modelo de la clínica psiquiátrica. Para tomar tan solo un ejemplo, su delimitación de una *trayectoria típica de la neurosis obsesiva* no lo inscribe en la continuidad de la clínica psiquiátrica “diacrónica”. No sólo porque Freud refuta posteriormente innumerables veces lo típico de dicha trayectoria -por ejemplo, cuestionándola explícitamente al reconocer su empeño unificador como un exceso, o implícitamente al mostrar con el caso paradigmático de neurosis obsesiva, el Hombre de las ratas, que no todos sus síntomas la respetan fidedignamente- sino porque allí mismo utiliza el concepto de síntoma de un modo tan heterogéneo (llamando síntomas a los “síntomas de la defensa”, a los síntomas del “retorno de lo reprimido”, a los síntomas que



ubica como “defensa secundaria”), que denota su falta de interés por seguir las vías psiquiátricas de su definición, nombrando del mismo modo procesos de naturaleza muy diferentes, todos ellos incluidos en la categoría de “síntomas”, o bien denominándolos “formas”.

Que Lacan denomine *variedad clínica* -con una insistencia permanente a lo largo de su enseñanza- a esas formas freudianas, nos hace conjeturar que apunta a no confundir esos tipos freudianos con una uniformidad. Las tipologías psiquiátricas están apoyadas en un deseo de clasificación, un afán clasificatorio tomado prestado de un afán científico que no se halla en Freud ni en Lacan. Si el psicoanálisis, aunque con otros términos -como estructuras, estructuras clínicas, estructuras subjetivas- hiciese lo mismo, se habrá *psiquiatrizado*.

¿Estructuras “clínicas”?

Ahora bien, estos nuevos términos que aporta el psicoanálisis merecen algunos comentarios. En la promoción de la distinción estructural neurosis-psicosis-perversión suele enfatizarse que Lacan la “leyó” en la obra de Freud. Objeciones a esta tesis hay varias.

Primero y fundamental, evidente aunque velado, explicitemos que el sintagma “estructuras clínicas” es inexistente en la obra de Lacan. No solo no está ni fundamentado ni justificado en los términos de su enseñanza sino que *no está*: Lacan jamás habló o escribió “estructuras clínicas”. Deberíamos alguna vez explicarnos de dónde lo hemos extraído y por qué ha *prendido* de semejante modo entre nosotros. El sintagma que efectivamente se ha *desprendido* de su pluma es “estructuras freudianas”.

Cuando Lacan lo utiliza -y con insistencia- en *El Seminario 3* lo hace del siguiente modo:



“Abordamos el problema de las psicosis a través de la cuestión de las estructuras freudianas” (p.207), lo cual quiere decir que intentará dilucidar la economía de las psicosis “...por el camino de un análisis de la estructura” (que es la del lenguaje y la palabra) (p.207). En igual sentido aclara más adelante: “...el análisis del texto schreberiano nos condujo a enfatizar la importancia de los fenómenos de lenguaje en la economía de la psicosis. En este sentido podemos hablar de estructuras freudianas de la psicosis” (p.229). Nótese que Lacan no afirma que la psicosis sea una estructura freudiana, sino que hay un “de” estratégico, preposición que denota pertenencia o posesión, indicando la materia de que está hecho algo: la estructura de lenguaje *de* los fenómenos psicóticos. E insiste luego en esta formulación: “...vamos, este trimestre, a retomar el estudio de las estructuras freudianas **de** las psicosis. En efecto, se trata de lo que Freud dejó en lo concerniente a las *estructuras de las psicosis*, y por lo cual las calificamos de freudianas” (subrayo los plurales, y en negrita los “de” siempre olvidados) (Lacan, 261). Es decir, las estructuras lingüísticas que reconocemos en las psicosis, en sus variedades clínicas.

Pero antes de referirnos a ello, y en el mismo sentido, encontramos en la clase inaugural de *El Seminario 4* un comentario que no deja de sorprender. Allí Lacan afirma que el título de este seminario, *La relación de objeto*, tiene una segunda parte: *y las estructuras freudianas*. Y afirma que los tres años anteriores fueron preparatorios para tratar el tema pues primero había que preguntarse “qué constituye a las estructuras en las que Freud nos mostró que el análisis se mueve y opera” (Lacan, 1994/1956-57, p.11). Vale decir que los seminarios 1, 2 y 3 son preludios imprescindibles para abordar las *estructuras freudianas* -no las clínicas- en su relación con el objeto en psicoanálisis. Que la segunda parte del título esté ausente en las versiones establecidas tanto en francés como en



castellano no deja de ser una llamada de atención respecto de cómo se orienta la lectura de lo que Lacan querría decir con *estructuras freudianas*. ¿Casualidad? Es probable. Salvo que nos resulte la prueba de un método el hecho de que *El Seminario 3 "Las psicosis"* tuvo otro nombre: "*Las estructuras freudianas en las psicosis*" (Salvo, 1994, p.436). Es decir, las estructuras que Freud aisló en las formas clínicas de psicosis.

Y es justamente en este seminario donde Lacan (1984/1955-56, p.262) se explaya sobre este tópico: "Pienso que ya tienen la orientación suficiente para comprender que la noción de estructura es ya en sí misma una manifestación del significado. Lo poco que acabo de indicarles acerca de su dinámica, sobre lo que implica, los dirige hacia la noción de significante. En el análisis estructural encontramos, como en el análisis de la relación entre significante y significado, relaciones de grupos basadas en conjuntos, abiertos o cerrados, pero que entrañan esencialmente referencias recíprocas. En el análisis de la relación entre significante y significado, aprendimos a acentuar la sincronía y la diacronía, y encontramos lo mismo en el análisis estructural... De hecho, cuando analizamos una estructura, se trata siempre del significante. Lo que más nos satisface en un análisis estructural, es lograr despejar al significante de la manera más radical posible".

Al concebir las estructuras freudianas como "estructuras clínicas" y convertirlas en esencias, al incluir al sujeto en ellas, se lo concibió a él tan continuo y consistente como la estructura que le da su ser permanente. Es así que el sujeto **es** neurótico, psicótico, perverso. Ello ha cristalizado en el uso de otro sintagma: "estructuras subjetivas". Este sí lo hallamos en los escritos de Lacan y en algún seminario, es cierto que muy pocas veces, pero nunca referido a las neurosis, psicosis o perversiones como categorías clínicas, pues para él la *estructura subjetiva* no es una modalidad de la enfermedad



mental sino una posición de sujeto y la *posición subjetiva* es el modo en que se responde a la condición del Otro.

La noción lacaniana de estructura

Su definición como “grupo de elementos que forman un conjunto co-variante” (Lacan, 1984/1955-56, p.264) se compone de algunas nociones matemáticas definitorias en cuanto al sentido que puede dársele. *Conjunto* en matemáticas es la simple enunciación de una colección de elementos definidos precisamente. Al denominar *conjunto* a esta colección se logra evitar concebirla como una totalidad pues no refiere a un todo absoluto (puedo armar un conjunto de frutas sin dar por sentado que allí se incluyen *todas* las frutas existentes). Es entonces un modo matemático de operar con la enunciación de una totalidad de elementos -los que forman parte de él- estudiando los efectos de considerarlos un todo aunque no lo sean. Un ejemplo en Lacan lo hallamos en el concepto de A mayúscula como *batería significante*, donde se encuentran todos los significantes que están. Lacan la concibe un todo, por eso la escribe A sin tachar, aunque esa misma noción no implica desconocer que hay significantes que no están. La batería significante dice que el A es un conjunto de significantes donde están todos los significantes que están, sin falta.

Co-variante: esta noción es clave porque dice que cada uno de los elementos es, no lo que él aparenta ser, sino un lugar vacío en el sistema de relaciones que mantiene con todos los otros. Entonces, el valor de cada elemento del conjunto dependerá de la co-variación, porque no tiene una relación fija con ningún otro elemento del sistema. Cada elemento es entonces pura diferencia respecto de todos los otros, los elementos no tienen identidad propia. Por tanto, al cambiar uno, cambian necesariamente los otros. De allí la



caracterización que hace Lacan del significante: “un significante en tanto tal no significa nada” (1984/1955-56, p.264).

En consecuencia, el *diagnóstico estructural* en psicoanálisis implica que no hay síntoma que sea en sí mismo algo por fuera del sistema de relaciones con los otros elementos del sistema, vale decir la co-variancia. Y consecuentemente se define la posición del analista como aquel que no sabe porque opera con una estructura significativa co-variante en la que los elementos no significan nada en sí mismos previo a su intervención. Eso define el estatuto del saber con el que operamos en el análisis: “el psicoanalista es llamado a esa situación como siendo el sujeto supuesto saber. Lo que él tiene que saber, no es saber de clasificación, no es saber de lo general, no es saber de silogismo; lo que él tiene que saber es definido por ese nivel primordial donde hay un sujeto que es llevado en nuestra operación, en ese tiempo de surgimiento, a lo que se articula en el “Yo no sabía””. (Lacan, clase 14, del 5/5/1965). Por ello el psicoanalista es quien recibe y soporta el estatuto del síntoma.

La consecuencia fundamental es que no se puede hablar de elementos aislados que en sí nos *revelarían* la estructura subjetiva. Así se propicia una disyunción entre el síntoma-emergente y la estructura-esencia de la que aquel emerge. Lacan nunca suscribió una postura emergentista ni esencialista, más bien las combatió y sostuvo que la estructura está en el fenómeno mismo. Lo cual implica rechazar la idea de cuadro y en consecuencia es determinante en cuanto a hacer del diagnóstico algo conjetural. El estructuralismo fue su instrumento en esa batalla para hacer desvanecer los misterios y las profundidades del en-sí, exponiendo las cosas en la superficie a partir de correlaciones elementales.

¿Cómo concebir, en consecuencia, al sujeto si ya no puede aceptarse que se trate de un



ser neurótico, psicótico o perverso? Lacan pone el acento en el sujeto como efecto de la estructura del significante, lo cual corresponde a esta definición: “el significante es lo que representa a un sujeto para otro significante”, justificada en *Subversión del sujeto...* en 1960, enfatizando así la función del significante y sus efectos: “por donde él determina, singularmente, al sujeto por arrojarle a cada instante los efectos mismos del discurso”. (Lacan, clase 13, del 7/04/1695).

De modo tal que el sujeto está determinado por la estructura del lenguaje. En consecuencia, propongo entender que efectivamente Lacan retoma el saber de la psiquiatría en lo que hace a las categorías clínicas, y entonces habla de neurosis, psicosis, perversiones, histeria, paranoia, esquizofrenia, etc., pero con el fin de revisar sus fenómenos con la premisa de la estructura del sujeto en cuanto determinado por la estructura del significante y del discurso, a partir de lo cual las trata como *tipos clínicos*, tipos de síntoma.¹

Cuando Lacan comenta aquella definición de sujeto en *El Seminario 12* dice que se trata de la fórmula de la alienación en la medida en que ella representa un sujeto para otro significante pero en tanto el significante que determina al sujeto lo barra, lo cual quiere decir vacilación, división. O sea que se trata de la perspectiva más contraria a la

¹ No se trata de un simple cambio de nomenclatura y de sustituir *estructuras clínicas* por *tipos clínicos* por el solo hecho -por otra parte perfectamente constatable- de que este término sí es empleado por Lacan y no el primero. Existe una teoría de tipos, en matemáticas y lógica, que se utiliza para referirse a cualquier sistema formal que pueda servir como alternativa a la teoría informal de conjuntos. Las estructuras clínicas responden más claramente a dicha teoría, con tendencia a cerrar un universo o universos comparables, que las tipologías que, como la Real Academia muestra, al derivarse de la definición de *tipo* incluye la idea de *modelo*, de lo *ejemplar*, pero en tanto *persona extraña y singular*. Estas acepciones del término contrastan notablemente con la más clásica, la que se emplea en botánica y zoología, que concibe como tipo a cada uno de los grandes grupos taxonómicos en que se dividen los reinos animal y vegetal, y que, a su vez, se subdividen en clases. El *tipo clínico* concebido como ejemplar y singular evita la universalidad, no se afirma en la ontologización y resta consistencia al ser del sujeto. Es este el espíritu que leo en Lacan cuando afirma en su seminario del año 1974-75 (inédito), precisamente la sesión del 18 de febrero de 1975, que “estos síntomas particulares tienen tipos, y el síntoma del obsesivo no es el síntoma de la histérica”.



ontologización del sujeto a la que se llega al hacerlo consistir por el atributo estructural que lo localiza como sustancia en la “estructura clínica”. Podemos conjeturar que Lacan en sus inicios recurre al estructuralismo para desplazar el sustancialismo en la medida en que esta es una doctrina que se funda en la diferencia de las propiedades intrínsecas de los seres. Conlleva entonces la creencia en la existencia de sustancias dotadas de propiedades y que pueden ser consideradas en cuanto tales. Lacan se orienta decididamente a vaciar de consistencia la sustancia subjetiva y el estructuralismo le aporta la noción de que en la lengua no hay más que diferencias sin términos positivos. En *El Seminario 2*, llega a decir que la mayor dificultad existente en la concepción de la subjetividad es la *entificación* del sujeto y a proponer que “el sujeto es *nadie*” (Lacan, 2001/1954-55, p.88) -jugando en francés con el término *personne* que significa *nadie* y a la vez *persona*. Vale decir el sujeto no es la persona, el sujeto no es el individuo, el sujeto no es a quien tenemos delante, no se trata del ser humano.

Es así que encontramos en Lacan la expresión escrita “el sujeto de la psicosis” (2002/1960, p.767), que podemos entender como el sujeto que suponemos a una psicosis, no identificándolo con ella en cuanto estructura existente. No es menos cierto que hallamos también en Lacan la expresión “sujeto psicótico”. Por tanto, la elección queda de nuestra parte. Y elijo la expresión “sujeto de la psicosis” para utilizar, así como “sujeto de la neurosis”, etc., pero también como modo de leer incluso la expresión “sujeto psicótico”, en cuanto expresa mejor lo que Lacan concibe como sujeto en psicoanálisis.



Diagnóstico analítico

El diagnóstico en psicoanálisis² no se configura como una clínica descriptiva sino demostrativa de lo radical del sujeto del inconsciente, que no es aprehensible por ninguna clasificación. Contrariamente a las tipologías psiquiátricas, que se sostienen apuntaladas en un deseo de clasificación universalizante, el psicoanalista opera con la singularidad que él mismo engendra en su acto (aunque la presuponga antes de su intervención). Y en ese sentido, los tipos de síntoma no están contruidos por Lacan con el afán clasificatorio que la psiquiatría pone de manifiesto asentándose en el discurso científico, sino apuntando hacia dicha singularidad. Olvidarlo conduce a exaltar de un modo idealizado las “estructuras clínicas” denegando que se trata de *estructuras freudianas que pueden leerse en los tipos clínicos* y, en consecuencia, a enrarecer la singularidad del síntoma al acorralarla entre lo particular y lo universal.

Por fin, si el diagnóstico implica la preocupación por la correspondencia de un caso con un nombre en una clasificación, podemos sostener que eso vale para lo particular, pero no para lo singular porque hay una inadecuación estructural entre pensamiento y cosa, entre lenguaje y referente, y, por tanto, hay inadecuación plena, sin resto, entre diagnóstico y caso. Hay entonces algo como tal, como hecho de estructura, en cada caso, inclasificable: “La función clasificatoria es demasiado parcial, nos enmascara que el nombre propio va siempre a colocarse en el punto donde la función clasificatoria, el orden de la *deixis*³ escapa no ante una particularidad demasiado grande, sino ante un desgarró, una falta un agujero del sujeto y justamente para suturarlo, enmascararlo, pegarlo”. (Lacan, clase 13,

² Este tema encuentra un desarrollo mucho más completo en Muñoz, P: *Las locuras según Lacan. Consecuencias clínicas, éticas y psicopatológicas*, Bs. As., Letra Viva, 2011.

³ *Taxis*: clasificar.



del 7/04/1965).

Semejante afirmación nos exime de cualquier comentario. Sólo a modo de conclusión podemos decir que si el diagnóstico en psicoanálisis se asienta en el hecho de que no hay sino variación estructural, vale decir: singularidad, nombre propio, en última instancia la lógica ternaria de las “estructuras clínicas” se diluye.

Por último, Lacan ha sido tan explícito en cuanto a distinguir el psicoanálisis de la psiquiatría que no ha dudado en afirmar que el psicoanalista no es un “sabio, acorazado detrás de las categorías en las cuales él no tendría cajones para guardar síntomas psicóticos, neuróticos u otros, pero en la medida en que entra en el juego significativo y es en lo cual un examen clínico, una presentación de enfermos no puede absolutamente ser la misma en el tiempo del psicoanálisis o en el tiempo que lo ha precedido” (Lacan, clase 14 del 05/05/1965). Lo que hace la diferencia es la transferencia: “En el tiempo precedente, cualquiera fuera el genio que animara al clínico, Dios sabe si he tenido la ocasión de expresar mi admiración por las estrofas deslumbrantes de Kraepelin cuando describía sus formas de la paranoia, la distinción radical de lo que, al menos en teoría es exigible de la relación del clínico al enfermo en la primera presentación. Si el clínico que presenta no sabe más que una mitad del síntoma, es él quien tiene la carga, que no haya presentación del enfermo sino diálogo de dos personas y que sin esta segunda persona, no habría síntoma acabado” (Lacan, clase 14 del 05/05/1965). Vale decir que en psicoanálisis no hay síntoma a partir de la mirada del Otro que lo clasifica como perteneciente a una especie mórbida a partir de ciertos signos que lo esclarecen, sino que el síntoma es establecido como tal por quien habla de él a Otro y lo reconoce como tal en un marco transferencial al presentarlo como un significativo (el de la transferencia), que



supone un sujeto.

El sujeto de que se trata no es *causa sui* sino efecto del lenguaje. Pero esto no significa que Lacan lo conciba como una pieza de la maquinaria simbólica -la estructura- que puede cumplir eficazmente con una función precisa en ella. Por el contrario, el sujeto es allí lo que falla, lo que no responde, lo imprevisible e incalculable. Si del lado de la ciencia no se ha dejado de pensar en un sujeto totalmente calculable que podría reducirse a algún coeficiente o a un nombre en una clasificación, el psicoanálisis revela la imposibilidad de dicha reducción. En este sentido se hace eco de las palabras que Sófocles ponía en uno de los coros de Antígona 2500 años antes de Cristo: "*Nada que sea más asombroso que el hombre*"; asombro como reacción inevitable ante lo que irremediabilmente rebasa todo cálculo y previsión: el sujeto del inconsciente.



Referencias:

Basaglia, F.; Langer, M. y otros. (2006). *Razón, locura y sociedad.*, México: Siglo XXI

Foucault, M. (1975). *Historia de la locura en la época clásica.* México: Fondo de Cultura económica.

Freud, S. (1911). "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descripto autobiográficamente" (Caso Schreber). En *Obras Completas* (Vol. XII).

Kreszes, D. (1994). "Algunas consideraciones sobre la *Verwerfung*". En *Revista Redes de la letra*, 3. Buenos Aires: Ediciones Legere.

Lacan, J. (1984): *El seminario. Libro 3: "Las psicosis" (1955-56)*. Barcelona: Paidós.

Lacan, J. (1994): *El seminario. Libro 4: "Las relaciones de objeto" (1956-57)*. Barcelona: Paidós.

Salvador, F. (1994): *Los escritos de Jacques Lacan*. Madrid: Siglo XXI.

Lacan, J. (1964-65): *El Seminario. Libro 12: "Problemas cruciales para el psicoanálisis"*. Inédito,

Lacan, J. (1983): *El Seminario. Libro 2: "El yo en la teoría de Freud" (1954-55)*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2002): "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano" (1960). En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Le Gaufey, G. (2007). *El "notodo" de Lacan. Consistencia lógica, consecuencias clínicas*. Buenos Aires: El cuenco de plata.